

Experiencias de personas trans en la accesibilidad a las terapias hormonales para la modificación corporal



*Brenda Agustina Domínguez Ferreyra**

Resumen

Este artículo retoma los principales resultados del trabajo de investigación desarrollado en el Taller Final de Graduación de la carrera de Trabajo Social de la Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ). El propósito central es analizar las experiencias de personas trans en relación con el acceso y sostenimiento de terapias hormonales para la modificación corporal en el Hospital Amparo, San Martín, Buenos Aires, entre marzo y julio de 2024.

El estudio se enmarca en una perspectiva crítica y de género, y adopta una estrategia metodológica cualitativa de diseño flexible, que combina entrevistas en profundidad con observación participante. Se elaboró un registro con transcripciones, fragmentos de entrevistas y observaciones en consultas, grupos de pares, reuniones de profesionales y recorridas por el hospital. En total, se realizaron seis entrevistas a personas trans usuarias del hospital, cuyas edades oscilan entre 22 y 55 años, y una entrevista a una trabajadora social del consultorio de diversidad,

Los hallazgos permiten visibilizar las múltiples barreras que enfrentan las personas trans en el sistema público de salud, incluso en un contexto legislativo que ha reconocido sus derechos, como lo establece la Ley de Identidad de Género (2012). En primer lugar, las personas trans entrevistadas buscan una corporalidad acorde con su identidad. En segundo lugar, las estrategias para la accesibilidad a las tera-

* Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ).

pías hormonales incluyen la búsqueda en internet debido a la falta de accesibilidad a la información en el sistema de salud tradicional. De allí se destaca la importancia de consultorios amigables para acceder a medicamentos hormonales de calidad, como también la importancia del acompañamiento familiar en este proceso y la capacitación del personal de salud para una atención integral y adecuada. El trabajo social cumple un rol central al articular entre usuarias/os y el sistema de salud, garantizando información confiable, acceso a derechos y espacios de contención. Además, el estudio reflexiona sobre cómo el Trabajo Social puede asegurar intervenciones comprometidas con la equidad, la dignidad y la justicia social.

Palabras clave: identidad trans - terapia hormonal - accesibilidad al sistema de salud

Introducción

En este artículo se presentan los principales elementos del trabajo de investigación realizado en el marco del Taller Final de Graduación de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ). El estudio se desarrolló durante el año 2024 y tuvo como objetivo conocer y analizar las experiencias de personas trans¹ en relación con la accesibilidad a terapias hormonales para la modificación corporal en el Hospital Amparo, ubicado en el municipio de San Martín, provincia de Buenos Aires.

Para comenzar, en Argentina se encuentran vigentes legislaciones como la Ley de Identidad de Género (2012), la Ley de Matrimonio Igualitario (2010), la Ley de Creación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral (2006), la Ley Micaela (2019), la Ley de Promoción del Acceso al Empleo Formal para Personas Travestis, Transexuales y Transgénero “Diana Sacayán – Lohana Berkins” (2020) y la Ley de Creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (2020). A pesar de que estas legislaciones representan un paso importante hacia la igualdad de oportunidades para las personas trans en Argentina, la aplicación de la política pública en salud en las instituciones deja reflejado las prácticas de discriminación por orientación sexual, expresión e identidad de género hacia las personas LGBTI+² (Boy y De Stéfano Barbero, 2017).

Históricamente, el rechazo social hacia el colectivo LGBTI+ no se debe a cuestiones individuales, sino que es una construcción política, social y cultural, vinculada a la construcción de la masculinidad y la feminidad normativas, en la cual a partir de la diferencia sexual se aprende a “ser hombre” o “ser mujer”. En este sentido, las orientaciones sexuales no heterosexuales, las expresiones de género no normativas y las iden-

1 Si bien el desdoblamiento “los” y “las” no abarca a las personas no binarias, se opta por utilizar este lenguaje inclusivo a lo largo del trabajo para facilitar la comprensión del/a lector/a.

2 En los años 90 aparece el término LGBTI+ que representa la inclusión, reemplaza el término “homosexual” e incluye al resto de identidades de género u orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual. Cada una de las siglas se corresponde con una identidad (lesbianas, gays, bisexuales, travesti, trans, intersex). El “+” surge con el reconocimiento de nuevas identidades y se propone como una opción que evite cancelar la discusión, en el entendimiento de que el lenguaje es dinámico y también lo son las conquistas de derechos.

tidades trans eran consideradas erróneamente como enfermedades o desórdenes mentales que se debían curar o corregir (Boy y De Stéfano Barbero, 2017), así como figuras jurídicas criminalizaban la identidad y expresión del género, con detenciones ilegales y arbitrarias. A partir de la década de 1990 el movimiento trans consiguió poner como tema en la agenda pública, como una cuestión socialmente problematizada, el reconocimiento de la identidad trans como un derecho humano que debe ser reconocido por el Estado.

De esta manera, en Argentina, en el año 2012 se sancionó la Ley nacional N° 26743 de Identidad de Género. Dicha ley ha garantizado derechos importantes que incluyen la accesibilidad a los servicios de salud por parte de las personas trans para la modificación corporal. Considera que la identidad de género es un derecho humano y no un asunto médico.

En la ley se define la identidad de género como “la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento” (artículo 2). La ley no solo garantiza la rectificación registral del sexo y el cambio de nombre en todos los instrumentos que acreditan su identidad, sino también el acceso a una salud integral, así como a prácticas específicas (terapias hormonales e intervenciones quirúrgicas parciales o totales) sin requerir autorización judicial o administrativa. Antes de la aprobación de la Ley de Identidad de Género, las personas trans eran patologizadas tanto por la medicina como por la sociedad, bajo un sistema hetero-cis-patriarcal que consideraba sus identidades como desviaciones de la norma (Butler, 1990). En el ámbito médico, se empleaba el diagnóstico de “trastorno de identidad de género” (anteriormente conocido como “trastorno de la identidad sexual” en el DSM-IV)³ para clasificar a las personas trans, lo que frecuentemente llevaba a un enfoque terapéutico centrado en corregir o “curar” su identidad de género. De esta manera, en lo referido a la despatologización, el reconocimiento de la identidad como un derecho humano se constituyó como una normativa para garantizar la igualdad y el respeto de las personas que expresan su identidad de género libremente, sin someterla a ningún diagnóstico médico o sin requerir ser auditada por profesionales de la salud. Aunque la ley reconoce que la modificación corporal no construye un destino predeterminado, aquellas personas que opten por ella no necesitan de un diagnóstico médico o psicológico para acceder a las terapias hormonales o cirugías. La normativa también derogó restricciones y penalizaciones previas al ejercicio médico (art. 14) y garantizó el acceso integral a estos tratamientos dentro del Plan Médico Obligatorio (PMO), con una cobertura del 100% en todo el sistema de salud –público, privado y de seguridad social–, reafirmando así el derecho a decidir sobre la propia corporalidad.

En cuanto al sistema de salud argentino, se llevó a cabo la implementación de Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual (CADS), surgidos como parte del Proyecto de Consultorios Amigables de la Dirección de SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación en 2009.⁴ Esta iniciativa se basó en la necesidad de abordar los altos índices de VIH y mejorar la atención médica para la comunidad trans y otras poblaciones sexualmente diversas. Estos consultorios se concibieron como espacios en el sistema

3 Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales.

4 <http://www.msal.gob.ar/sida/index.php/informacion-general/vih-sida-its-y-hepatitis-virales/consultorios-amigables>

de salud pública para brindar atención especializada y libre de discriminación a la comunidad trans. Si bien hubo avances legislativos, la Ley de Identidad de Género no garantiza por sí sola la aceptación social ni elimina la discriminación. En este marco, en 2016 se creó el Programa Provincial de Políticas de Género y Diversidad Sexual en Salud, impulsado por el Ministerio de Salud bonaerense. Su objetivo es garantizar el acceso integral a la salud desde un enfoque de derechos humanos, combatiendo el estigma, la violencia y la desigualdad hacia la comunidad LGBTI+.

Aparte de estas leyes que protegen ampliamente los derechos, resulta importante analizar qué ocurre en la vida diaria cuando las personas trans interactúan con los servicios de salud en Argentina. Para abordar esto, es esencial considerar que a lo largo del tiempo, la aplicación de la política pública en salud en las instituciones de salud deja reflejado prácticas discriminatorias hacia personas trans en términos de orientación sexual, expresión e identidad de género, debido a que las intervenciones son llevadas a cabo desde la corriente médico-hegemónica (Boy y De Stéfano Barbero, 2017). De esta manera, la falta de acceso a servicios de salud conduce a que muchas personas recurran a métodos que pueden poner en peligro su salud o vida, como la autoadministración de hormonas, el uso de anticonceptivos con propósitos de feminización o la aplicación de aceites y/o siliconas líquidas. De acuerdo con un estudio llevado a cabo por el Ministerio de Salud de Argentina en 2023, el promedio de vida estimado de las mujeres trans y travestis es de 35-40 años, muy por debajo de la expectativa de vida de la población en general, que en Argentina es de 77 años.⁵

En este sentido, la presente investigación tiene como objetivo analizar las experiencias de las personas trans que asisten al Hospital Amparo, en el municipio de San Martín, provincia de Buenos Aires, Argentina, en cuanto a su accesibilidad a terapias hormonales para la modificación corporal en el año 2024. Con un enfoque cualitativo, se realizaron seis entrevistas en profundidad a personas trans de entre 22 y 55 años, con trayectorias diversas, y una entrevista a una trabajadora social del consultorio de diversidad. Tres de ellas se llevaron a cabo mediante videollamada a través de la aplicación Google Meet, dos, vía WhatsApp, y la restante de forma presencial en un consultorio facilitado por el equipo interdisciplinario del consultorio de diversidad del Hospital Amparo. Las entrevistas realizadas de manera remota respondieron a la imposibilidad de coincidir en horarios para un encuentro presencial. Todas fueron grabadas con el consentimiento correspondiente.

La selección de las personas entrevistadas estuvo a cargo del consultorio de diversidad, que consideró que podían estar interesadas en participar por su carisma y por mantener una relación circunstancial de más de un año en el marco del grupo de pares. Se utilizaron seudónimos para garantizar la confidencialidad de los datos, y las personas entrevistadas contaban con mi contacto para realizar cualquier consulta o aclarar dudas durante el proceso. Una vez finalizada la tesis, algunas de ellas solicitaron acceder al trabajo para leerlo.

5 https://www.ec.gba.gov.ar/areas/finanzas/organismos_multilaterales/prestamosInforme%20consulta%20comunidad%20LGBT+%20Febrero%202023.pdf

Este abordaje permitió construir una mirada situada sobre las formas en que se accede —o se obstaculiza el acceso— a la terapia hormonal en el sistema público de salud, donde incluso se detectaron afiches y folletos sobre diversidad vandalizados con mensajes de odio, como “váyanse al infierno”.

Enfoque conceptual

El presente estudio aborda conceptos clave como la construcción social del género, el patriarcado, la identidad trans, la accesibilidad al sistema de salud, los recursos y las prácticas de acompañamiento.

Desde la infancia, la sociedad asigna roles de género en función del binarismo sexo-genérico, reforzando estereotipos que moldean comportamientos y subjetividades. Este binario, construido culturalmente, vincula la diferencia sexual con expectativas sociales sobre lo que se espera de un “hombre” o una “mujer” (Lamas, 2016), operando como un dispositivo de poder que regula decisiones sobre los cuerpos y las vidas (Pombo, 2012; Maquieira, 2001). Así, se reproducen modelos hegemónicos que asocian la masculinidad con la fuerza y el rol proveedor, y la feminidad con el cuidado y la maternidad (Castilla, 2013), dentro de un sistema patriarcal y androcentrista que subordina a mujeres y disidencias (Sciortino, 2018).

Aunque siempre ha habido personas que han experimentado una identidad de género diferente a la asignada al nacer, el concepto de identidad trans surge en la década de 1950, en respuesta a las normativas de género que intentan definir lo que se considera ser hombre o mujer en una sociedad moderna, castigando cualquier desviación de estas normas (Platero, 2014). En este escenario, cobra importancia el papel del conocimiento médico en comparación con otras formas de autoridad, así como el interés de la medicina y la ciencia en diagnosticar y patologizar con diagnósticos de trastornos mentales a los cuerpos que no se ajustan a la heterosexualidad socialmente aceptada como la norma para la reproducción. En un contexto de represión y censura, los discursos científicos fueron considerados como los únicos legítimos, lo que justificaba la persecución, el castigo y la represión de las personas que buscaban acceder a tratamientos hormonales para modificar sus cuerpos, así como las intervenciones quirúrgicas en bebés intersexuales que nacían con genitales ambiguos (Platero, 2014). El ámbito médico intervenía en dichos cuerpos mediante cirugías que no estaban motivadas por razones de salud, sino que buscaban “ajustar” esos cuerpos a los estándares establecidos por una sociedad que favorece el sistema binario de género y sexo. Como resultado, tanto los cuerpos intersexuales como las personas que expresaban una identidad de género diferente al sexo asignado al nacer, eran percibidos como anormalidades morales que debían ser corregidas (Platero, 2014). Preciado (2008) analiza cómo las tecnologías médicas, como las terapias hormonales, no solo modifican el cuerpo físico, sino que también moldean y refuerzan las normas de género y las relaciones de poder en la sociedad contemporánea. Este fenómeno lo conceptualiza como “farmacopornografía”, que describe la interacción entre la industria farmacéutica y la construcción de identidades de género. En este contexto, la medicación se convierte en un medio para alcanzar ciertos estándares de masculinidad o feminidad, perpetuando

una estructura de control y disciplina sobre los cuerpos y las identidades, donde la intervención quirúrgica genital era un paso necesario para la transición de género.

A partir de 1960, las luchas feministas y diversos actores pusieron en cuestión la diferenciación entre cuerpo sexuado (reconocido) y género (autopercebido) (Lamas, 2016) y los modos de entender la construcción social del género que responde a la expectativa social de lo femenino y masculino, incluso antes de nacer. Pero, a finales de la década de 1980 y principios de 1990, la diferenciación entre naturaleza (sexo) y cultura (género) entró en crisis a partir de la llegada de la teoría queer, originada en Estados Unidos que propuso una crítica radical al binarismo, planteando que no existe una correspondencia lineal entre genitalidad y género. Así, las identidades travestis, trans y no binarias desestabilizan la relación entre sexo asignado y género autopercebido (Boy y De Stéfano Barbero, 2017), e impulsan el derecho a decidir libremente sobre sus corporalidades, sin que la cirugía genital sea un paso obligatorio para el reconocimiento legal de su identidad de género (Farji Neer, 2020).

Si bien la desigualdad, injusticias, discriminación y estigmatización que recibe la población LGBTI+ se ven reflejadas en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, el trabajo se centrará en el campo de la salud desde una perspectiva de género considerando a esta inequidad como un determinante social. En lo que respecta a Argentina, el sistema de salud está constituido por tres sectores: público, privado y el de obras sociales (Spinelli, 2010). La investigación se despliega en el Hospital Amparo, un hospital provincial perteneciente al sector público. En las recomendaciones internacionales, la salud pública es entendida como un conjunto de actividades organizadas por el Estado, para la promoción, prevención y atención de la salud de la comunidad y de las personas (Testa, 1989). Esta abarca diversas actividades encaminadas a abordar las necesidades y los problemas colectivos en el ámbito de la salud. Por ende, la salud pública no solo busca garantizar la oferta de servicios y bienes públicos, sino que también implica trabajar sobre los determinantes sociales de la salud y establecer los criterios y parámetros que orienten el fortalecimiento de los sistemas de salud. Por ello, las políticas públicas como herramientas del Estado tienen como objetivo (o deberían tenerlo) reducir las inequidades dando a la población posibilidades de acceso al cuidado de la salud, que de otro modo los/as sujetos/as que se encuentran en situación de vulnerabilidad no podrían acceder. En este sentido, implica la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de todos/as sus ciudadanos/as, asegurando la accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, es decir que no solo debe asegurar el acceso a la atención de salud sino también a la atención adecuada. Para ello, se pretende desplegar una atención integral e integrada de la salud, en el cual los servicios disponibles deben ser suficientes para responder a las necesidades de la población (Testa, 1988).

La investigación indaga específicamente en las experiencias de accesibilidad ampliada a terapias hormonales en el sector público. En este marco, la accesibilidad se entiende como el vínculo entre los sujetos y los servicios de salud, y no simplemente como una cuestión de oferta y demanda (Rossi, 2007; Millet, 2020). Comprende tanto el ingreso inicial al sistema como la posibilidad de sostener el proceso de atención en el tiempo, en lo que se denomina accesibilidad ampliada (Comes, Solitario y otros, 2007). Esta perspectiva relacional permite analizar cómo se configuran facilitadores y barreras

en dicho acceso, afectando directamente el derecho a una salud integral. Desde esta perspectiva, la accesibilidad deja de ser simplemente una cuestión de oferta y demanda para convertirse en un vínculo que considera sus complejidades desde una lectura relacional (Millet, 2020). Estas dinámicas pueden influir de manera directa o indirecta en el acceso a una salud integral y en la prestación de servicios de calidad, afectando así el derecho a la salud. En el concepto de accesibilidad, se pueden encontrar distintas dimensiones (Rossi, 2007; Comes, Solitario y otros, 2007) que permiten analizar los “facilitadores” y “barreras” como dos extremos del acceso al servicio. La accesibilidad al sistema de salud puede analizarse a partir de distintas dimensiones que configuran barreras o facilitadores. La dimensión geográfica refiere a la distancia entre el domicilio de la persona y el centro de salud, implicando en muchos casos traslados entre jurisdicciones por falta de servicios locales o por elección propia. La dimensión económica considera los costos asociados, como el transporte, los medicamentos o eventuales cobros encubiertos en el sistema público (Rossi, 2007). La dimensión organizacional se vincula a aspectos administrativos como turnos, tiempos de espera y circuitos internos de atención. Por último, la dimensión cultural o simbólica alude a las diferencias entre los marcos de sentido del personal de salud y de las personas usuarias, donde los imaginarios sociales, las representaciones y las trayectorias personales pueden influir en la percepción del derecho a la atención y en su efectiva utilización (Comes, Solitario y otros, 2007).

Si bien en las últimas décadas las diversidades sexuales atraviesan un proceso de mayor visibilidad respecto de otros momentos en los cuales eran negadas y ocultadas, Barrancos (2012) sostiene que las mujeres y la diversidad sexual siempre han padecido una ciudadanía insignificante en el marco del patriarcado y aun cuando parece que los derechos están asegurados (siempre en la disputa cultural, política y social), se pierden en la representación, reconocimiento y acceso a bienes sociales, culturales, políticos y económicos. En otras palabras, la autora sostiene que sus derechos son legales, pero no legítimos. Esto se debe a que, generalmente, en las intervenciones llevadas a cabo en la atención a la salud impera la perspectiva del modelo médico hegemónico, producida y reproducida por integrantes de los equipos de salud, principalmente por profesionales médicos y, a su vez, aceptada y permitida por la sociedad. Esta corriente biomédica, “indica que el saber y las instituciones médicas instituyen su hegemonía respecto de los otros saberes que operan simultáneamente respecto de los padecimientos” (Menendez, 2005: 10), la cual apunta a trabajar casi exclusivamente con la enfermedad y no con la salud. Esta corriente considera que las principales causas de las enfermedades son por cuestiones biológicas, las cuales hay que patologizar y medicalizar, excluyendo las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades (Menendez, 2005). Por ende, la sociedad misma limita a que las personas trans puedan expresar su identidad de género dado que el incumplimiento de estos mandatos sociales impuestos por la sociedad patriarcal genera sentimientos de culpa y vergüenza. En consecuencia, constituye una situación de injusticia y falta de equidad que está en la base de las diferentes formas de violencia contra las mujeres y población trans, ya que las rechaza, excluye y estigmatiza, vulnerando así los derechos humanos (Boy y De Stéfano Barbero, 2017).

Por otra parte, para indagar sobre los recursos percibidos como útiles por parte de las personas trans para el desarrollo de la accesibilidad ampliada de las terapias hormonales, es preciso aclarar

que el término “recurso” no refiere a los objetos disponibles para ser utilizados en una intervención, dado que “todo lo que ha desarrollado una sociedad, lo que se usa, lo que se consume, puede ser considerado recurso, sin embargo, no todo está al alcance de ser utilizado en la intervención” (Oliva, 2003: 39). Por lo tanto, para categorizar los recursos al alcance de ser utilizados por los profesionales del consultorio de diversidad, se utilizará la distinción que establece Oliva (2003) sobre la condición de los recursos en ser asequibles o inasequibles. Por un lado, los recursos asequibles son los que se encuentran disponibles o se pueden obtener para la intervención en un momento determinado y bajo ciertas condiciones. Por otro lado, los recursos inasequibles son aquellos que aun teniendo existencia no se encuentran disponibles para la intervención. Estas situaciones no dependen únicamente de la disposición de los profesionales, sino que su estado está relacionado con factores generales dentro del orden social específico. Si bien existen recursos que no los proveen directamente las instituciones, en la práctica profesional pueden volverse asequibles. En este sentido, la autora reconoce diversos conjuntos de recursos. En primer lugar, las prestaciones son:

Recursos pre-definidos destinados a la cobertura de determinadas necesidades, que son otorgados a los usuarios que cumplen con ciertos requisitos preestablecidos. Estos recursos son la forma en que se materializan ciertas políticas, que varían de acuerdo al área con beneficios que pueden ser otorgados en dinero, bienes, servicios u órdenes de pago (Oliva, 2003: 41).

En segundo lugar, los recursos de funcionamiento, que se refieren al conjunto de recursos que son necesarios para llevar a cabo la intervención, pero no son de apropiación de los sujetos que son usuarios de un determinado servicio. En tercer lugar, los recursos escritos, donde los “trabajos escritos proporcionan recursos al trabajo intelectual” (Oliva, 2003: 48) a través de dos formas diferentes, por un lado, los recursos teóricos y, por otro, las fuentes informativas. En cuarto lugar, los recursos visuales que son aquellos que tienen como prioridad la imagen con el objetivo de motivar o transmitir información que convoque a la reflexión, participación, colaboración, entre otras cosas. En quinto lugar, el tiempo como un recurso, dado que

el tiempo, dentro del trabajo asalariado, es un recurso que condiciona las posibilidades para desarrollar un proceso, para reflexionar sobre cada problema, para hacer informes, para profundizar vínculos, para profundizar el aprendizaje, para profundizar las gestiones, para generar grupos, para tener contactos, para la maduración de la experiencia profesional (Oliva, 2003: 58).

Por lo tanto, durante el trabajo diario, se determina el tiempo que se dispone para dedicar a determinada demanda, que permita reflexionar sobre la misma y realizar gestiones. En sexto lugar, los vínculos como recursos se refieren a que “la gestión que realiza un trabajador social, también incluye

la tarea de movilizar vínculos, que se conviertan en recursos para la intervención” (Oliva, 2003: 62). Finalmente, los recursos profesionales son el conjunto de conocimientos y habilidades que posee un profesional en un momento determinado, donde se ponen en juego las subjetividades y objetividades de cada persona.

Por último, se recuperan las prácticas de acompañamiento llevadas a cabo por las familias de las personas trans en este proceso. Por acompañamiento entendemos al “proceso mediante el cual se hace algo –por lo general valorado positivamente– por otra persona que se encuentra en una condición de necesidad/padecimiento” (Candil, 2016: 185). Acompañar es la relación que se establece entre los familiares y los pacientes en contextos sociales, culturales, económicos y políticos específicos. Este acompañamiento no es uniforme; al contrario, las prácticas de acompañamiento pueden tener múltiples significados y ser interpretadas de diversas maneras. Por ejemplo, una acción destinada al cuidado puede ser percibida por el destinatario como persecución, mientras que otra persona puede interpretarla como control (Candil, 2013). En este sentido, acompañar es un proceso complejo donde convergen múltiples sentidos, significados y técnicas.

Análisis

Este apartado analiza las entrevistas realizadas a personas trans de entre 22 y 55 años que se encuentran realizando una terapia hormonal en el Hospital Amparo, con el fin de comprender sus experiencias en el acceso a las mismas. A partir de los relatos, se abordaron diferentes ejes temáticos: características del hospital, descubrimiento de la identidad de género, acceso al sistema de salud, barreras en la accesibilidad, acompañamiento familiar y recursos percibidos como favorables para sostener la terapia.

Características del referente empírico: Hospital Amparo

El Hospital Amparo se encuentra ubicado en Villa Zagala en la localidad de San Martín, provincia de Buenos Aires, Argentina. Es un hospital zonal de agudos provincial de referencia en la región. Pertenecer al segundo nivel de atención del sistema de salud argentino, que se enfoca en la atención médica especializada. Este nivel cuenta con recursos y personal capacitado para abordar problemas de salud más complejos que no pueden ser tratados en el nivel primario de atención (Spinelli, 2010). Además, actúa como un vínculo entre la atención primaria y la atención hospitalaria de mayor complejidad. Si bien se trata de un hospital zonal, las personas que se atienden en la institución pertenecen a diversos barrios de la localidad de San Martín, entre ellos, Barrio Las Flores, Villa Zagala, Villa Maipú, San Andrés, Villa Concepción, Barrio Loyola. Su estructura edilicia es modesta, con áreas distribuidas para facilitar el funcionamiento interno, incluyendo servicios como laboratorio, radiología, ginecología, urología, psicología, entre otros. A su vez, brinda servicios complementarios como farmacia, servicio social y atención al paciente, tanto para los/as usuarios/as como para sus familias. También, el hospital dispone de áreas de descanso y servicios como cafeterías y zonas verdes. En cuanto al consultorio de diversidad,

este se encuentra ubicado en el consultorio 42 y, a su vez, se utilizan otros espacios dependiendo de la disponibilidad de consultorios para llevar a cabo las consultas, en esto se detendrá más adelante. Estos consultorios se encuentran señalados con números, puntualmente el de diversidad se diferencia del resto debido a que presenta afiches y carteles con frases e ilustraciones sobre los feminismos y las diversidades.

En referencia a las demandas de consultas, los/as pacientes pueden solicitar consultas médicas internas a través de diferentes vías, como la solicitud directa en el área de admisión del hospital o llamadas telefónicas. Cuando se requieren servicios médicos especializados que no están disponibles en el Hospital Amparo, como cirugías complejas o consultas con especialistas fuera del alcance del hospital, se realiza una derivación a instituciones médicas externas. En este caso, se encuentran fuera del alcance las cirugías genitales y endocrinología pediátrica para infancias trans.

El consultorio de diversidad se inauguró en 2021 en respuesta a la demanda de la comunidad trans. Al momento de realización de la investigación se encontraba conformado por distintos/as profesionales de los servicios dentro del hospital: una psicóloga y un psicólogo del área de Salud Mental, dos trabajadoras sociales del área de Servicio Social y una tocoginecóloga del área de Ginecología.

El consultorio de diversidad funciona los días jueves de 11 a 15 h ofreciendo el espacio exclusivamente para personas trans para consultas en relación a la atención integral. En este espacio, las personas trans que asisten pueden utilizar la primera entrevista para consultar por las terapias hormonales para la modificación corporal, o solicitar la articulación con otros servicios dentro o fuera del hospital, incluyendo servicios de medicina general, trabajo social, salud mental, tocoginecología, dermatología e infectología. Las consultas se realizan de manera interdisciplinaria con los/as profesionales que conforman el equipo y provienen tanto de demandas espontáneas en el hospital, como también, de la articulación con otros centros de salud, recomendaciones de personas y profesionales que conocen el servicio y sacan el turno vía Whatsapp del consultorio de diversidad. Las demandas de las consultas médicas en el consultorio de diversidad parten tanto de la articulación de otros servicios en el interior del hospital, en su mayoría con salud mental, como también por las articulaciones con otros centros de primer nivel de atención externos al hospital con el interés de iniciar la terapia hormonal. Un centro de articulación destacado es Región Sanitaria V, ubicado en la localidad de San Isidro. En la mayoría de los casos, las personas trans solicitan terapia psicológica porque están considerando iniciar la terapia hormonal y buscan acompañamiento en esta etapa de sus vidas. El consultorio de diversidad está conformado por especialistas de distintas áreas, por lo que el psicólogo del hospital integra su equipo de trabajo. Dicho servicio mantiene una perspectiva despatologizante, orientada a la promoción y garantía de los derechos humanos de las personas trans.

Desde los sistemas de salud, los tratamientos hormonales para la modificación corporal se definen como la administración de distintos fármacos destinados a reducir o eliminar ciertos caracteres sexuales secundarios y rasgos físicos no deseados, con el fin de afirmar el género vivido. Este proceso abarca dos aspectos: por un lado, la desaparición y/o atenuación de características físicas socialmente asociadas al género asignado al nacer; y por otro, la inducción de rasgos físicos acordes con el género con el que la persona se identifica. No obstante, durante el trabajo de campo surgieron tensiones en torno al uso del término “tratamiento”, que fue rechazado por muchas personas trans al considerarlo

patologizante. Una entrevistada expresó que “el término tratamiento me hace sentir como si ser trans fuera una enfermedad... terapia para mí sería el término adecuado, porque es algo que elegimos hacer para sentirnos mejor con nuestros cuerpos” (Lisa, 22 años, 2024). Así, el acceso a hormonas se resignifica como una práctica electiva, subjetiva, ligada al cuidado del cuerpo y al bienestar emocional.

Cabe aclarar que los resultados de la terapia hormonal son variables, generando efectos en distintos tiempos para cada persona porque depende de los genes de la misma y la duración máxima del proceso es de 6 (seis) años. En las entrevistas, se pudo conocer que el hospital dispone de distintos tipos de medicamentos y la elección del tipo de aplicación depende de la situación de cada persona trans por lo que, la terapia hormonal es individualizada en base a los deseos a alcanzar de cada uno/a. Para definir el proceso de la terapia hormonal, la trabajadora social mencionó que se requiere un análisis de sangre, como un requisito obligatorio para el inicio de la terapia hormonal, y así comprobar cómo están sus hormonas en el inicio y si existen otras patologías que no interfieren en la terapia. A partir de ahí, expresa que se emplean distintos medicamentos según los objetivos y en relación al riesgo beneficio de cada persona. Entre ellos se encuentran los fármacos como las inyecciones, geles y pastillas, los cuales se solicitan mediante un listado donde hay que anotar los datos de las personas que requieren estos insumos detallando el tipo de medicamento y la cantidad que se requiere en base a la demanda espontánea que realizan las personas trans que están realizando la terapia hormonal. Este listado se envía desde la Región Sanitaria V, y es parte del Programa de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual en Salud. También, en esta primera consulta a las personas trans que estén interesadas en iniciar la terapia, se les debe informar sobre la fertilidad futura dado que los fármacos hormonizantes influyen en la misma. La trabajadora social (2024) manifestó que

Las hormonas utilizadas en el proceso de transición de género pueden tener efectos sobre la fertilidad. Por ejemplo, los estrógenos y antiandrógenos utilizados en la feminización pueden disminuir la producción de espermatozoides y afectar la calidad del semen. Y la utilización de testosterona para la masculinización, puede haber una interrupción en la ovulación y la menstruación.

Por este motivo, la persona trans debería discutir y decidir sobre la decisión de ser madre o padre en un futuro.

Pensando en iniciar la terapia hormonal

Aunque la Ley de Identidad de Género de 2012 reconoció el derecho a la identidad autopercibida, la discriminación, la violencia y la exclusión aún continúan. En este marco, se planteó como interrogante: ¿de qué manera la construcción binaria del género incide en la decisión de expresar la propia identidad? A partir del trabajo de campo, se indagó en el proceso en que las personas trans que realizan terapias hormonales en el Hospital Amparo, comenzaron a descubrirse y construir su identidad de

género. En los relatos, surge reiteradamente la sensación de estar en un “cuerpo equivocado”, acompañada por angustia, represión y conflictos internos, particularmente en la infancia y adolescencia. Gastón (46) lo expresa de la siguiente manera: “Vivía mal porque me sentía encerrado en el cuerpo equivocado. Vivía enojado y muy angustiado... No me gustó pasar por cirugías, no me hace ninguna gracia no tener la prótesis”. De modo similar, Micaela (22) recuerda cómo reprimía su identidad por miedo al juicio social y cómo la pérdida de un ser querido durante la pandemia la impulsó a dejar de ocultarse. También Lisa (22) relata su proceso de afirmación de género, acompañado por el apoyo de su madre, aunque con cierta resistencia de su padre.

Tras la expresión pública de la propia identidad de género, las respuestas revelaron una variedad de experiencias con relación al impacto del entorno en el que se rodean ante la decisión de autoperibirse con el género contrario al asignado al nacer. Las narrativas de 6 entrevistas realizadas reflejan una amplia gama de respuestas emocionales, desde los sentimientos de frustración hasta el empoderamiento. Estas narrativas muestran cómo las decisiones sobre el cuerpo y la identidad están condicionadas por los mandatos culturales que actúan como dispositivos de poder (Maquieira, 2001). El entorno familiar muchas veces se vuelve un espacio de presión y corrección, como en el caso de Gastón, cuya infancia estuvo marcada por castigos, terapias obligadas y expulsiones escolares por no ajustarse a los mandatos femeninos. Romeo (28), por su parte, recuerda su rechazo a los signos femeninos desde pequeño: “Odiaba peinarme, no me gustaban las colitas ni el guardapolvo de nena... amaba tener pelos en las piernas”.

Estos relatos permiten comprender cómo la construcción social del género enseña cómo “deben ser” las mujeres y los varones, incidiendo en los modos de habitar el cuerpo, pensar y sentir. Esta construcción binaria fomenta la discriminación, exclusión y violencia, castigando y tratando de corregir a aquellas personas trans que han experimentado una identidad de género diferente a la asignada al nacer (Platero, 2014). En los relatos de Gastón, expresó que una docente manifestó preocupación ante ciertas actitudes y recomendó a la familia una consulta psicológica, sugiriendo que “algo no estaba bien”. Esto da cuenta de una infancia atravesada por intentos de corrección y por la imposición de mandatos sobre cómo deben ser los varones y las mujeres, incluyendo también una orientación sexual heterosexual. Además, se identificaron presiones sociales que regulan los cuerpos y prácticas cotidianas, como la expectativa de que las mujeres se depilen o celebren sus quince años. Estas vivencias reflejan cómo las normas de género naturalizadas limitan la autonomía y la expresión identitaria, reforzando una matriz binaria que excluye lo diverso.

Por otro lado, a través de las entrevistas realizadas a personas trans cuyas edades varían, fue posible identificar diferencias significativas en cómo vivieron la autopercepción de un género distinto al asignado al nacer. Estas diferencias están directamente atravesadas por el contexto social y cultural de cada época, y revelan cómo el entorno familiar y social influye profundamente en el proceso de expresión de la propia identidad. En generaciones mayores, como las de Gastón (46) y Beatriz (55), la identidad trans estaba fuertemente estigmatizada. Ambos/as relatan experiencias de expulsión del hogar durante la adolescencia por parte de sus familias, lo cual marcó sus trayectorias con vivencias de desarraigo, migración forzada y supervivencia en contextos adversos. Estas historias reflejan cómo la construcción

cultural hegemónica operó históricamente como un dispositivo de exclusión que limitó la autonomía y visibilidad de las personas trans (Maquieira, 2001).

Sin embargo, durante las últimas dos décadas, surgieron transformaciones notables en la percepción de las personas trans en la sociedad. Si nos enfocamos en las diferencias generacionales entre nuestros/as entrevistados/as identificamos un cambio en la percepción y aceptación de las identidades trans. Entre las personas trans más jóvenes, encontramos el caso de Lisa que refiere que cuando salió del clóset como una mujer trans, la mamá lo aceptó, pero al papá le costó aceptarlo. Las personas trans más jóvenes, experimentaron un mayor apoyo y aceptación familiar y social, contrastando con las experiencias de exclusión y estigmatización de las generaciones mayores, como es el caso de Gastón y Beatriz. La historia de Beatriz muestra por su parte, la exclusión y el rechazo por parte de su familia, lo que la llevó a experiencias de desarraigo a través de experiencias migratorias.

Las personas trans más jóvenes, como Lisa y Micaela (22), relatan haber recibido apoyo familiar, incluso cuando hubo resistencias iniciales. Gracias a los avances sociales y los debates en torno a la diversidad de género, sus entornos se mostraron más receptivos, facilitando la expresión de su identidad de forma más libre y acompañada. El acompañamiento de amistades y familiares, junto con gestos concretos como el cambio de DNI o el reconocimiento del nombre por parte de sus abuelos, marcaron una diferencia sustancial respecto a generaciones anteriores.

Esto se vincula con una creciente visibilidad y representación de personas trans en medios de comunicación y redes sociales como Instagram, Twitter o YouTube. Estas plataformas han jugado un rol fundamental en la construcción de referentes positivos, brindando modelos de identificación que validan experiencias, fortalecen la autoaceptación y combaten estigmas. La presencia de figuras públicas trans no solo ofrece esperanza y pertenencia, sino que también actúa como herramienta de empoderamiento y afirmación, como expresa Ámbar al señalar que le ayudaron a “aceptar quien soy”.

Para finalizar este apartado, se considera que las decisiones acerca de cómo y cuándo expresar la propia identidad en el entorno cercano y las respuestas que ello suscita varía según el contexto social, histórico, político y generacional. Las experiencias de las personas trans reflejan tanto los desafíos persistentes como los avances en la aceptación y comprensión de la diversidad de género en la sociedad.

La búsqueda de información sobre las terapias hormonales

Una vez que decidieron expresar públicamente la propia identidad, las personas trans entrevistadas manifestaron haber buscado información en las plataformas de Google, Facebook, Instagram y videos en YouTube sobre qué son las terapias hormonales, los resultados y riesgos posibles asociados a su realización. Estos relatos reflejan cómo el proceso de autodescubrimiento y aceptación de las personas trans ilustra la construcción y reafirmación continua del género a través de acciones y relaciones sociales, lo que Butler (1990) denomina la “performatividad de género”. La performatividad de género se refiere a la idea de que el género no es una esencia interna o una identidad fija, sino una serie de

actos repetidos que se construyen socialmente y que tienen el poder de consolidar la identidad de género. Una vez manifestada públicamente la propia identidad de género las personas trans expresan la necesidad de sentirse mejor consigo mismas optando por considerar iniciar la terapia hormonal. En este contexto, la medicación se convierte en un medio para alcanzar rasgos físicos que suelen estar relacionados con lo que se considera socialmente como “femenino” o “masculino”.

En las entrevistas a las mujeres trans, se pudo dar cuenta de cómo la información impacta en las expectativas futuras sobre los cambios físicos esperables de la terapia hormonal. Beatriz, Ambar, Lisa y Micaela muestran que su interés en la terapia hormonal estaba motivado por el deseo de adquirir características físicas tradicionalmente asociados con lo femenino en la sociedad. Buscaban mejorar su apariencia estética, como desarrollar senos y reducir el vello corporal, para sentirse más cómodas con su corporalidad. En cambio, en la entrevista a los dos hombres trans Gastón y Romeo, ellos manifestaron no haber encontrado información en internet sobre la terapia hormonal utilizadas por masculinidades trans. Esta falta de información generó temores y dudas. Gastón, por ejemplo, expresó miedo de “miedo de convertirse en un monstruo” y de los efectos negativos y cambios indeseados en su carácter debido a la información insuficiente y alarmante disponible en internet. Romeo también subrayó la desactualización y falta de detalles sobre los riesgos y consecuencias de la terapia hormonal.

El uso de estos recursos digitales también evidencia la falta de accesibilidad y adecuación de los sistemas de salud tradicionales para atender las necesidades específicas de la población trans. De esta manera, la información disponible en línea permite a las personas trans obtener una comprensión preliminar y preparatoria sobre las terapias hormonales, mitigando la ansiedad y la incertidumbre antes de acudir a una consulta médica. La experiencia de las personas trans entrevistadas subraya la necesidad de mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud para la comunidad trans, así como la importancia de contar con recursos informativos accesibles y fiables.

En relación con la primera consulta médica, muchas personas priorizaron acudir a espacios “amigables” donde pudieran acceder a medicación segura. Esta decisión se basó en la conciencia de los riesgos que implican la automedicación o el uso clandestino de hormonas, algo que aún sucede ante el miedo a ser discriminados en instituciones de salud. Gastón relata conocer a personas que se inyectaban hormonas en espacios informales, sin saber con exactitud qué se estaban aplicando. Lisa, por su parte, mencionó amigas que consumían anticonceptivos como método de feminización, mientras que ella optó por una consulta profesional, priorizando su salud.

Las experiencias de Gastón y Lisa ilustran los peligros de la automedicación y el uso de hormonas de manera ilegal, y en condiciones inseguras, a la vez subrayan la importancia de un acceso adecuado y seguro a la terapia hormonal. La intersección entre la búsqueda de información digital y la atención médica formal, reflejan la necesidad de sistemas de salud más inclusivos y la provisión de información adecuada y accesible para la población trans.

El camino hacia la accesibilidad inicial a consultorios amigables

La accesibilidad inicial se refiere a la posibilidad de una persona de buscar y obtener atención médica mediante un primer contacto con el sistema de salud (Rossi, 2007). Históricamente, la población trans ha sido excluida de estos espacios, al ser patologizada por desafiar las normas binarias impuestas por el sistema hetero-cis-patriarcal (Butler, 1990), la creación de consultorios amigables y la sanción de La Ley de Identidad de Género en Argentina marcaron un avance en el reconocimiento de derechos y en la oferta de atención especializada libre de discriminación. En esta investigación, las personas trans relataron que, en la mayoría de los casos, su primera consulta en el sistema de salud estuvo orientada al acceso a terapias hormonales, y en otros, a modificaciones estéticas para adecuar sus cuerpos a su identidad autopercebida, lo que permite analizar el impacto concreto dicha ley en el acceso inicial al sistema de salud.

En cuanto a la elección de recurrir al Hospital Amparo para una primera consulta, cuatro de los/as entrevistados/as expresan que la elección se debió a recomendaciones realizadas tanto por otras personas trans que realizaron la terapia hormonal en la misma institución como por el personal del hospital (profesionales, administrativos/as, personal de seguridad, personal de limpieza, entre otros). Estas experiencias fueron fundamentales para evitar momentos de incomodidad debido a la existencia de violencias y la falta de conocimiento sobre diversidad en los centros de salud de las localidades aledañas a San Martín, así como por experiencias personales de malos tratos por parte de profesionales de la salud.

Esto refleja cómo las recomendaciones en las terapias hormonales se vuelven imprescindibles para evitar un “sinfín de pruebas y errores que acaban por convertirse en un amplio anecdotario de malas experiencias” (Millet, 2020: 76). De esta manera, se identificó cómo los/as trans entrevistados/as se basan en el buen trato, la calidad de atención y acompañamiento del personal de salud, para decidir el lugar donde realizar las terapias hormonales, más allá de la disponibilidad de centros amigables. Por otro lado, los/as dos entrevistados/as restantes manifiestan que la elección del hospital para llevar a cabo el proceso de hormonización se debió a que trabajan en el Hospital Amparo y por comodidad eligieron realizarlo en el mismo.

En esta primera aproximación, los/as entrevistados/as hablaron sobre sus expectativas y dudas al momento de la primera consulta. Cabe volver a mencionar que la selección de las personas trans entrevistadas fue por parte de los/as profesionales del consultorio de diversidad, por lo cual puede influir en las respuestas, pero durante mi observación participante en las primeras consultas de personas trans interesadas en conocer sobre la terapia hormonal prevalecía el buen trato hacia el respeto de la identidad de género autopercebida de cada persona. Lisa (22) valoró el acompañamiento emocional recibido, y Micaela (22) destacó la claridad en la información brindada en comparación con la frialdad de otros centros.

Estas experiencias subrayan la importancia de un entorno de atención sanitaria que no solo ofrezca terapias hormonales seguras y de calidad, sino que también brinde un trato humano y comprensivo, esencial para el bienestar y la salud integral de las personas trans. En la entrevista, la trabajadora social

expresó que en las consultas se despliega un abordaje que hace a las personas trans partícipes de la decisión de llevar a cabo la terapia hormonal, se busca conocer sus expectativas en relación con las terapias, qué conocen de las mismas y se pregunta, si habían iniciado el proceso en algún otro centro de salud. En el caso afirmativo, siguiendo la guía de entrevista del Programa Provincial, indagan sobre cómo fue ese recorrido, qué medicamentos utilizaron, de qué manera se los aplicaban, entre otras preguntas. En cuanto a la información otorgada, se informa sobre los impactos emocionales y en el cuerpo que pueden ocurrir luego de iniciar la terapia. Por último, se les hace firmar un consentimiento informado en el que reconocen toda esta información y declaran conocer los efectos que la terapia hormonal puede provocar en las características físicas del cuerpo. Cabe aclarar que el consentimiento puede ser revocado en cualquier etapa del proceso.

Desafíos en la accesibilidad ampliada de las terapias hormonales

Un primer aspecto relacionado con la accesibilidad ampliada (Comes y otros, 2007) al sistema de salud, entendido como un concepto que abarca todo proceso de atención, es el que implica el vínculo entre las personas con el servicio de salud. Este vínculo, atravesado por relaciones de poder desiguales (Millet, 2020), incide directa o indirectamente en el acceso a una salud integral y de calidad. Según la OMS (2017), este derecho se sustenta en cuatro dimensiones interrelacionadas –disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad–, cuya ausencia en alguna de ellas compromete su garantía. En este sentido, las entrevistas revelaron que las experiencias sobre las interacciones con el sistema de salud varían. Algunos/as entrevistados/as mencionaron experiencias positivas con profesionales de la salud que validaron y apoyaron sus identidades de género. Mientras algunos participantes lograron establecer relaciones de confianza con sus médicos, otros sintieron que sus decisiones eran dictadas por normas hetero-cis-patriarcal, donde las intervenciones en atención a la salud están dominadas por la perspectiva del modelo médico hegemónico (Menendez, 2005). Las experiencias positivas subrayaron la importancia de profesionales de la salud informados y comprensivos, que priorizan la autonomía de decisión de cada uno/a sobre sus cuerpos.

En cuanto a las dimensiones de la accesibilidad ampliada, si bien en la dimensión geográfica existen distancias entre el lugar de residencia de las personas trans entrevistadas y el hospital, la elección de la institución para la realización de la terapia hormonal, como se mencionó anteriormente, se debe a la elección de sostener la terapia hormonal debido al buen trato y acompañamiento de los/as profesionales del consultorio de diversidad más allá de la existencias de otros consultorios amigables en la localidad donde son residentes. En cuanto a la dimensión económica, si bien el acceso a los medicamentos es totalmente gratuito, existen gastos económicos en el transporte que desafía la continuidad de la terapia mediante consultas. Por ello, se diseña un acompañamiento en el cual se realizan las consultas cada tres meses, donde se les hace la entrega de medicamentos, pastillas vía oral por una cantidad equivalentes a esos meses. Pero, este intervalo de tres meses entre consultas puede plantear dificultades para las personas trans que necesitan un seguimiento más frecuente, como es la situación de Beatriz (55), quien mencionó que actualmente se encuentra desempleada y las tarifas del transporte

público (SUBE) representan una barrera para acceder a controles médicos regulares necesarios debido a su diagnóstico de VIH. Durante los encuentros con Beatriz se la notaba preocupada y solicitaba a la trabajadora social un certificado de discapacidad para poder acceder a un subsidio, pero enfrentaba dificultades debido a que no tenía ninguna condición física o mental que la calificara de tal manera. Asimismo, se identifica una barrera en el acceso gratuito a ciertas cirugías, como la mastectomía, ya que el hospital no las realiza. Según relata Gastón, los cirujanos plásticos del establecimiento ofrecen a los/as usuarios/as la posibilidad de realizarlas en sus consultorios privados, con un costo aproximado de \$800.000.

En cuanto a la dimensión organizacional, se generan ciertas barreras y obstáculos en la accesibilidad debido a que el personal de administración niega que en el hospital se atiende la diversidad y, además, no respetan el nombre autopercebido por las personas trans a la hora de anunciarse en recepción en los casos donde el cambio registral no se haya realizado. Para tales personas trans esta situación resulta incómoda para solicitar citas para análisis de sangre necesarios para la supervisión de la terapia hormonal. Teniendo en cuenta que para el sostenimiento adecuado de la misma es crucial un seguimiento médico ante los riesgos asociados para la salud que implica esta terapia. Romeo y Beatriz lo expresan de la siguiente manera:

Las chicas de los turnos cuando voy a sacar para los análisis de sangre siempre están como irritadas o de mal humor. Ellas no respetan pronombres ni nada, me anotan con mi nombre del DNI, pero veo que a todes tratan igual, no es algo personal o transodiante. También, todes en el hospital me conocen y llaman con mi nombre real (Romeo, 28).

Yo recién hace meses tengo mi DNI actualizado con el nombre de Beatriz. Al momento de anunciarme en ventanilla les decía cómo me llamaba pero me anotaban con el nombre que figuraba en el DNI, lo dejaba pasar y listo, total tengo que reconocer quién soy (Beatriz, 55).

Además del personal administrativo, Beatriz (55 años) afirma que el infectólogo que la atendió durante 25 años siempre la trató como a un hombre, y ella lo consintió:

Desde que empecé a atenderme porque di positivo, el doctor siempre me llamó por mi nombre de nacimiento, y yo lo permitía porque no tenía el cambio registral realizado y nunca me atreví a decir nada. Todo el tiempo parecía que me recordaban que tenía que aceptar que había nacido hombre (Beatriz, 55).

Es preciso mencionar que durante el trabajo de campo y en las entrevistas se pudo observar que tanto Romeo como Beatriz no problematizaban la disonancia generada al ser llamados por nombres que no reflejan su identidad autopercebida de género. Por ejemplo, cuando conocí a Romeo, inicialmente me lo presentaron con su nombre legal, pero durante nuestra entrevista le pregunté

cómo prefería que me refiriera a él. Él expresó su preferencia de no ser llamado por el nombre que se utiliza en el hospital, ya que para él era percibido como demasiado femenino para su identidad de género. Por otro lado, durante la entrevista con Beatriz, quien se identifica como mujer trans, noté que ella utilizaba pronombres masculinos para referirse a sí misma. Ella explicó que esto se debía a la influencia constante de su familia, especialmente de sus hermanos, quienes insisten en que es un hombre. Beatriz reconoce la presión social y familiar de reconocer que nació con características físicas masculinas, lo cual influye en cómo ella misma se percibe y la manera en cómo referirse a ella. Estas situaciones reflejan cómo los/as personas trans de cierta forma naturalizan la violencia institucional mediante las intervenciones llevadas a cabo desde la perspectiva del modelo médico-hegemónico que implica trabajar exclusivamente desde la enfermedad entendiendo al cuerpo como un conjunto de órganos que deben funcionar de cierta manera para estar sanos (Menendez, 2005). Esta visión dificulta considerar los cuerpos de manera histórica, contextual, identitaria, diversa e integradora, como lo permite la perspectiva latinoamericana de la salud colectiva (Boy, 2018). Por lo tanto, desde esta perspectiva tener ciertos genitales implica una identidad y expresión de género específico. También, reflejan que si bien se encuentra vigente la Ley de Identidad de género aún se presentan desafíos para promover cambios en las prácticas cotidianas en el sistema de salud.

Para finalizar, respecto de la dimensión sociocultural, que incluye las representaciones y conocimientos en torno al género, diversidad derecho y leyes, la mayoría destacó que en el vínculo con los/as profesionales de salud fueron más significativas las experiencias de buen trato y que son muy pocos los/as profesionales de los diversos servicios que ofrece el Hospital Amparo que no poseen conocimiento sobre la Ley de Identidad de Género. En tales casos, el desconocimiento se vincula con la falta de trato digno y la negación de atención a las personas trans, como se mencionó anteriormente. En cuanto a las buenas prácticas, reportan experiencias positivas con los/as profesionales del consultorio de diversidad, tal como lo expresaron Lisa y Micaela, quienes muestran empatía y conocimiento en este acompañamiento. Por otro lado, los facilitadores incluyen el apoyo de otros/as usuarios/as trans y la existencia de un equipo interdisciplinario en el consultorio de diversidad que puede brindar un acompañamiento integral en este proceso ya que según los/as entrevistados/as, el proceso de la terapia hormonal crea muchas expectativas futuras y diversos sentimientos al mirarse al espejo y notar los cambios físicos provocados por las hormonas. Los resultados de la terapia hormonal, como se mencionó antes, suelen variar en tiempo para cada persona. Los/as interlocutores/as dicen haber notado cambios después de 2 meses de terapia y se sienten más conformes con sus cuerpos, lo que genera expectativas intensas y un abanico de emociones. Los efectos provocados por la terapia hormonal son diversos. Romeo compartió:

Más felicidad, más libido... a veces más irritante. Euforia de género cuando veo los cambios. Me cambió la voz, la forma del cuerpo, la espalda, los vellos. También noto más sensibilidad en el clítoris y ya no me vino más (la menstruación)".

Lisa agregó:

Mi piel está más suave, me creció el busto, se ensancharon las caderas, y tengo menos vellos. Mi cara cambió también. Me siento más linda, más cómoda conmigo misma cuando me miro al espejo. Aunque también siento muchos nervios por lo que se viene.

Estos testimonios destacan la importancia de un enfoque integral durante la terapia hormonal. El acompañamiento de otras personas trans y un equipo interdisciplinario no solo facilita el proceso, sino que también ayuda a las personas a manejar las expectativas y sentimientos complejos que surgen al observar los cambios físicos. Al proporcionar un espacio seguro y comprensivo, se promueve el bienestar emocional y se fortalece la identidad de género, resultando en una mayor satisfacción personal y felicidad.

En este sentido, las malas prácticas del personal administrativo y de profesionales de salud no capacitados en diversidad, señaladas por los/as interlocutores/as, se refleja una relacional desigual y de poder con las personas trans en su accesibilidad a terapias hormonales para la modificación corporal, dificultada por prácticas orientadas al modelo médico hegemónico e impregnadas por la matriz hetero-cis-patriarcal. Esto resalta la necesidad de una capacitación adecuada en diversidad y género para el personal del hospital.

Prácticas de acompañamiento familiar durante las terapias hormonales

Durante el proceso de terapia hormonal para la modificación corporal se recupera el papel de las familias de las personas trans en términos de acompañamiento. Por acompañamiento entendemos al proceso en el cual una persona hace algo por otra que está pasando por una situación de necesidad o padecimiento (Candil, 2013). Acompañar es la relación que se establece, en esta situación, entre los familiares y personas trans en contextos diversos. Es importante destacar que el acompañamiento de las familias puede variar según las circunstancias individuales y la dinámica familiar. Las prácticas de acompañamiento pueden tener diferentes interpretaciones y significados, siendo un proceso complejo y multifacético (Candil, 2013).

En las entrevistas realizadas, se destaca que una de las primeras prácticas de acompañamiento por parte de las familias es la aceptación de su identidad trans considerando que el rol de la familia es esencial para la contención y el bienestar emocional de cada uno/a. Sin embargo, surgen debates y desafíos en torno a cómo realizar este acompañamiento de manera efectiva. Por ejemplo, durante el trabajo de campo los/as profesionales del consultorio de diversidad señalan situaciones donde el entusiasmo de los/as familiares puede percibirse como agobiante para la persona trans, afectando su decisión de iniciar la terapia hormonal.

Los testimonios recopilados también muestran cómo el proceso de cambio no solo impacta en la persona trans, sino también en su entorno cercano. Un factor común en las entrevistas es la preocupación de las familias por la salud de la persona trans. Estas preocupaciones pueden llevar a un distanciamiento o a una falta de apoyo. Este tipo de acompañamiento puede reflejar una falta de comprensión o conocimiento sobre los procesos de modificación corporal. En varios relatos emerge el temor de las familias respecto a los posibles efectos de las hormonas, lo que puede derivar en un acompañamiento distante, teñido de dudas y preocupaciones. Micaela expresó:

Mis abuelos no entienden mucho del tema y mi mamá tampoco les contó. Mis viejos sí, pero se guían por lo que leen sobre los efectos negativos de las hormonas. Me dijeron que respetaban mi decisión, pero tenían miedo por mi salud... Por eso cuando vine a Buenos Aires me sentí con más libertad. Ahí decidí por mí, sin consultar. A mi mamá se lo dije y me dijo 'bueno, ya está'. Igual para ella también fue un proceso. A veces yo no le respondía los mensajes, me levantaba loca.

Ámbar también compartió una experiencia similar:

Mi familia es re tradicional. Cuando les dije que soy trans y quería empezar con las hormonas se pusieron como locos. Mi vieja tenía mucho miedo por los efectos de las hormonas y me insistía con que no lo haga. Pero decidí seguir. Con el tiempo, empezaron a entender más y me bancan, aunque siempre con alguna duda.

Durante las entrevistas realizadas, se observó que las parejas de algunos/as entrevistados/as desempeñan un papel crucial en la realización de las terapias hormonales, proporcionando un apoyo emocional y práctico invaluable. Estas prácticas de acompañamiento consisten en asistir conjuntamente a las consultas médicas. Por ejemplo, Romeo destacó cómo su pareja se convirtió en una fuente significativa de acompañamiento:

Mi novia ha sido increíble. Ella no solo me acompaña a todas las citas médicas, sino que también me apoya emocionalmente documentando todo mi proceso con fotos. Esto realmente me hace sentir valorado y acompañado durante este camino. Cuando me ofreció acompañarme al hospital yo le dije que no hacía falta y ella me dijo que me quería acompañarme en todo el proceso.

El acompañamiento no siempre es emocional. En varios casos, se materializa a través del sostén económico, lo cual resulta vital en un contexto donde la estabilidad laboral y el acceso a recursos es muchas veces precario. Micaela (22), quien está estudiando, recibe apoyo financiero de sus padres para sus

estudios y también para cubrir los gastos médicos asociados con la vaginoplastia. Por otro lado, Beatriz (55), quien anteriormente trabajaba como trabajadora sexual, recibe ayuda económica de su hermano para sostener la terapia hormonal y, para sustentar el costo del transporte, al tener que recurrir frecuentemente citas médicas debido a que se encuentra enfrentando complicaciones de salud relacionadas con la ruptura de silicona en sus senos. También, Lisa (22), quien actualmente está desempleada, mencionó cómo enfrenta desafíos económicos. Al respecto relató:

Estoy buscando trabajo, pero mientras tanto, la situación económica es difícil. No tengo un ingreso estable en este momento, lo cual complica las cosas durante mi transición ya que tengo que tener plata para la SUBE para poder asistir al seguimiento de la terapia.

Por lo tanto, el acompañamiento familiar durante la terapia hormonal es crucial pero complejo, influyendo significativamente en la experiencia y el bienestar de las personas trans a lo largo de su realización. Puede implicar una red de contención afectiva, emocional y económica, pero también generar tensiones cuando las decisiones de la persona trans son puestas en duda o intervenidas por prejuicios, desconocimiento o temores. De este modo, expresión de la propia identidad no es solo un tránsito individual, sino una experiencia colectiva que interpela a los vínculos más cercanos, quienes también deben afrontar sus propios procesos de deconstrucción, aceptación y aprendizaje.

Recursos percibidos como útiles en la accesibilidad ampliada de la terapia hormonal

En el Hospital Amparo los recursos formales juegan un papel crucial en la accesibilidad de la terapia hormonal para las personas trans. Estos recursos incluyen programas gubernamentales de salud que garantizan el acceso a la atención médica especializada y los medicamentos necesarios para la terapia hormonal. Además, el servicio del consultorio de diversidad ofrece una gama de recursos formales, como consultas médicas y psicológicas, así como la entrega gratuita de medicamentos para la terapia hormonal.

Sin embargo, a pesar de la disponibilidad de estos recursos formales, persisten desafíos en cuanto a la accesibilidad. Por este motivo, interesa indagar sobre la manera en que los recursos disponibles en el Hospital Amparo influyen en las intervenciones llevadas a cabo por el equipo interdisciplinario en base a las demandas de las personas trans en su accesibilidad ampliada de la terapia hormonal. Por lo tanto, en las entrevistas se indagó en los recursos que encontraron útiles durante la búsqueda y desarrollo de las terapias hormonales en el hospital. Como recursos asequibles, entendidos como aquellos recursos que están disponibles o se pueden obtener (Olivia, 2003), consideran de utilidad varios de los ofrecidos por el consultorio de diversidad. Entre todo este conjunto de recursos, consideran beneficioso que las prestaciones de los medicamentos para la terapia hormonal sean gratuitas debido a sus

elevados costos, aunque mencionan que el costo del transporte público como viático para trasladarse al hospital no lo es. Por lo tanto, aunque los medicamentos para la terapia hormonal son gratuitos, el costo del transporte público para llegar al hospital puede representar una barrera para algunas personas trans. En este sentido, la continuidad de la terapia mediante consultas, como se mencionó en el acápite de accesibilidad ampliada, se realiza cada tres meses y la entrega de medicamentos equivalentes a esos meses. El período de tres meses entre consultas puede representar un desafío para personas que requieren un seguimiento más frecuente o que enfrentan dificultades adicionales. Como se mencionó anteriormente, para las personas trans como Beatriz es un desafío dado que vive VIH y necesita un seguimiento médico frecuente, mientras lidia con dificultades económicas, como la falta de recursos para cubrir los costos del transporte público necesario para acceder a los servicios de salud. En una parte de la entrevista, Beatriz compartió: “Es complicado llegar a todas las citas médicas cuando no tengo dinero para el colectivo. A veces tengo que elegir entre ir al médico o gastar en comida”. Este testimonio subraya las barreras adicionales que enfrentan las personas en situaciones similares, donde la atención médica regular es crucial pero inaccesible debido a limitaciones socioeconómicas.

También, consideran de gran utilidad los recursos de funcionamiento, entendidos como aquellos recursos necesarios para desplegar las actividades (Olivia, 2003) en cuanto al consultorio disponible para las consultas debido a que, de esta manera, logran estar en privacidad. Aunque durante el trabajo de campo se observó que no existe un consultorio exclusivamente destinado a las consultas, es posible conseguir uno vacío según su disponibilidad para realizarlas. Además, señalan la importancia de las reuniones el primer jueves de cada mes en el grupo de pares. Micaela y Lisa lo expresan de esta manera:

Me ayudó bastante el grupo de pares porque vos podés tener mucha gente que te quiere, que te amé y que esté con vos pero muchas veces no entienden lo que estás viviendo o estás pasando. Y me parece que compartir con gente que le pasa lo mismo que te pasa a vos, te hace sentir bien. Y en ese grupo no es que tenemos una guía puntual de qué hablar, sino que llegamos y nos preguntamos cómo estuvimos en el mes, que nos pasó, y capaz ahí un tema desencadena y empezamos a charlar, pero no es algo muy armado, es algo más espontáneo. Por ejemplo, el otro día una chica contó que tenía problemas con el novio y empezamos a hablar sobre las relaciones con los hombres, el tema de ser trans (Micaela, 22).

Lo que considero importante en todo este proceso, es el espacio de pares. Funciona el primer jueves de cada vez, y van distintas personas trans, antes y post tratamiento. Está bueno porque no solamente se habla de tratamientos hormonales, sino que podés compartir cosas personales. Es un espacio donde me siento acompañada, además de poder contar mi propia experiencia para que alguien que esté considerando iniciar el tratamiento, lo haga sin importar el qué dirán (Lisa, 22).

En el espacio de grupo de pares, el recurso de los vínculos juega un papel fundamental, destacando la importancia de la construcción de estos vínculos y redes para iniciar o continuar con la terapia hormonal. Los vínculos entre los profesionales y los pacientes, así como entre los propios pacientes, son esenciales para proporcionar un apoyo integral. Las reuniones de grupos de pares, como mencionó

Micaela, proporcionan un espacio seguro y de apoyo donde las personas trans pueden compartir sus experiencias y obtener consejo y empatía de quienes están pasando por situaciones similares.

Por otro lado, en cuanto a los recursos escritos y visuales, sostienen que la temática de diversidad no se encuentra visible en el hospital, debido a que no existen folletos, carteles o material audiovisual que informen sobre las terapias hormonales o los derechos de las personas trans. Esta carencia de información accesible y visible en el hospital implica una barrera adicional para quienes buscan orientación y apoyo en iniciar una terapia hormonal. Por ejemplo, Ámbar menciona: “Me hubiera gustado encontrar más información en el hospital sobre qué esperar de la terapia hormonal y sobre los derechos que tenemos. A veces uno no sabe por dónde empezar y tener esa información visible ayudaría mucho”.

Finalmente, consideran que los recursos profesionales son esenciales para la efectividad de las intervenciones. Pero manifestaron que el personal administrativo se convierte en un obstáculo para la accesibilidad al sistema de salud. Por ello, la formación y la sensibilización de estos/as trabajadores/as respecto a las necesidades específicas de las personas trans son importantes garantizan que la atención sea respetuosa, informada y adecuada.

En cuanto a los recursos inasequibles, entendidos como aquellos recursos que, aun teniendo existencia real, no se encuentran disponibles o no están en condición de ser conseguidos (Olivia, 2003), tres de las personas trans entrevistadas demandan que existan cirujanos/as especializados en diversidad para realizar intervenciones tales como vaginoplastias, faloplastias o reconstrucción del pectoral, pero advirtieron que se encuentra fuera del alcance institucional del Hospital. Por este motivo, el papel que cumplen los profesionales en dar respuesta a estas demandas y convertir esos recursos inasequibles en asequibles, requiere realizar articulaciones con otros centros de salud que realicen dichas cirugías. Además, la mayor frecuencia de las consultas y la existencia de un grupo de pares, si bien son recursos existentes, no están adecuadamente organizadas ni integradas en los procesos de intervención para el sostenimiento de la terapia hormonal.

Conclusiones

En este trabajo de investigación se indagó acerca de las experiencias de las personas trans en la accesibilidad a terapias hormonales para la modificación corporal en el Hospital Amparo de la localidad de San Martín. Para cumplir con los objetivos planteados, se llevó a cabo la recopilación de material bibliográfico y la realización de entrevistas semiestructuradas a personas trans que se encuentran realizando la terapia en dicho hospital, cuyas edades rondan entre los 22 y 55 años.

A continuación, se presentan los hallazgos más relevantes observados del trabajo de investigación realizado mediante el análisis de datos de las entrevistas realizadas y las observaciones de campo. En primer lugar, las personas trans expresan que comienzan a pensar en iniciar una terapia hormonal a fin de sentirse más a gusto con su corporalidad. En segundo lugar, se sienten impulsados a investigar, una vez que manifestaron la propia identidad, ello les motivó a investigar sobre las terapias hormonales

mediante internet en las plataformas de Google y Youtube. En este sentido, el uso de estos recursos digitales evidencia la falta de accesibilidad y adecuación de los sistemas de salud tradicionales para atender las necesidades específicas de la población trans. En tercer lugar, deciden recurrir a la atención en los consultorios amigables a fin de acceder a medicamentos hormonales de calidad, para evitar los riesgos perjudiciales en la salud que implica realizar estos procedimientos de manera clandestina o mediante la automedicación. En cuarto lugar, en cuanto al análisis sobre los desafíos en la accesibilidad ampliada a las terapias hormonales, se destaca la importancia del vínculo entre las personas trans y los servicios de salud, donde el apoyo de otros/as usuarios/as trans y el acompañamiento del equipo interdisciplinario en consultorios especializados se convierten en facilitadores para el sostenimiento de la terapia hormonal. Las experiencias varían, desde interacciones positivas con profesionales de la salud hasta situaciones donde se siente que el personal administrativo continúa reproduciendo normas hetero-cis-patriarcales. En este sentido, se enfatiza sobre la necesidad de capacitación en diversidad y género para el personal de salud del Hospital Amparo. En quinto lugar, se ilustra la importancia del apoyo familiar para las personas trans en el acompañamiento durante las terapias hormonales como también, el sustento económico para el sostenimiento de la misma.

Por último, continuando con el análisis, se indagó sobre los recursos percibidos como útiles por parte de las personas trans durante el sostenimiento de la terapia hormonal donde la accesibilidad a la terapia hormonal para personas trans en el Hospital Amparo refleja un equilibrio entre los recursos disponibles y los desafíos persistentes. Los recursos formales, como los programas de salud gubernamentales y el consultorio de diversidad, han sido fundamentales para garantizar el acceso a la atención médica especializada y los medicamentos necesarios. Sin embargo, la existencia de barreras económicas como el costo del transporte se convierte en un factor importante a tener en cuenta. El apoyo emocional proporcionado por las reuniones de grupos de pares ha demostrado ser esencial para el bienestar de las personas trans durante su terapia hormonal. Además, se refleja la importancia de mejorar la sensibilización y capacitación del personal administrativo para garantizar una atención respetuosa y adecuada. En cuanto a las demandas de recursos que se encuentran inasequibles, como la necesidad de cirujanos/as especializados en diversidad, se subraya la importancia de la articulación con otros centros de salud, para satisfacer las necesidades específicas de las personas trans y garantizar una atención integral.

Estos hallazgos resaltan la importancia de seguir avanzando hacia una accesibilidad ampliada y una atención de calidad para las personas trans en el ámbito de la salud, reconociendo sus necesidades y promoviendo la igualdad de acceso a los recursos necesarios para su bienestar y desarrollo personal. Para futuras investigaciones, es crucial explorar aún más las barreras estructurales y socioculturales que enfrentan las personas trans en diferentes contextos de salud. Para ello, se debe tener en cuenta el impacto a largo plazo de las terapias hormonales y otros procesos de afirmación de género en la calidad de vida y el bienestar integral de las personas trans. Estas líneas de investigación podrían contribuir significativamente a fortalecer las prácticas de intervenciones que promuevan la salud y el desarrollo personal de las personas trans.

Referencias bibliográficas

- Barrancos, D. (2012) Familia/Familias. Ciencias Sociales. Revista de la Facultad de Ciencias Sociales/UBA, 81, 30-35.
- Boy, M. (2018). *La trama del (in)acceso a la salud. Percepciones de las/os trabajadoras/es de la salud sobre las pacientes trans en territorios históricamente relegados*. José C. Paz, Buenos Aires, 2015-2018. En AA.VV., *Diversidad sexual en Iberoamérica. Derechos, placeres y vivencias* (pp. 313-332). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Boy, M. y De Stéfano Barbero, M. (2017). *Salud y adolescencias LGBTI. Herramientas de abordaje integral para equipos de salud*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; UNICEF.
- Butler, J. (1990). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Candil, A. (2016). Acompañar a usuarios intensivos de drogas: el papel de las redes de proximidad en los tratamientos ambulatorios. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (41), 179-196.
- Castilla, M. V. (2013). Madres, ciencia y burocracia. *Avá. Revista de Antropología*, (22), 209-228.
- Comes, Y.; Solitario, R.; Garbus, P.; Mauro, M.; Czerniecki, S.; Vázquez, A.; Sotelo, R. y Stolkiner, A. (2007). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. *Anuario de Investigaciones*, 14.
- Dávila León, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última Década*, (21), 83-104. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362004000200004>
- Durham, E. (1998). Familia y reproducción humana. En M. Neufeld, M. Grimberg, S. Tiscornia y S. Wallace (comps.), *Antropología social y política. Hegemonía y poder: el mundo en movimiento* (pp. 59-84). Buenos Aires: Eudeba.
- Farji Neer, A. (2020). *Sentidos en disputa sobre los cuerpos trans. Los discursos médicos, judiciales, activistas y parlamentarios en Argentina (1966-2015)*. Buenos Aires: Teseo.
- García, M. (2020). Sentidos sobre la sexualidad de las mujeres adolescentes en el discurso médico. El orden de la verdad científica, moral y las prácticas. *Investigación Joven*, (6) (número especial), 1-229.
- Guba, E. y Lincoln, Y. (2000). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. Recuperado de http://sgpwe.izt.uam.mx/pages/egt/Cursos/MetodoLicIII/7_Guba_Lincoln_Paradigmas.pdf
- Guber, R. (2004). El registro de campo: primer análisis de datos. En *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo* (pp. 166-174). Buenos Aires: Paidós.
- Krotz, E. (1994). Alteridad y pregunta antropológica. *Alteridades*, (8), 5-11.
- Lamas, M. (2016). Conceptos clave en los estudios de género. En A. Buquet Corleto (dir.), *Programa Universitario de Género*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Maquieira, V. (2001). Género, diferencia y desigualdad. En E. Beltrán y V. Maquieira (eds.), *Feminismos: debates teóricos contemporáneos* (Cap. IV). Madrid: Alianza.

- Menendez, E. (2005). *“El modelo médico y la salud de los trabajadores”*. Eduardo L. Menéndez. Artículo Salud Colectiva, La Plata, enero-abril, Argentina.
- Piovani, J. I. (2012). El diseño de la investigación. En A. Marradi, N. Archenti y J. I. Piovani, *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Cengage Learning.
- Millet, A. (2020). *Cisexismo y salud. Algunas ideas desde otro lado*. Buenos Aires: Puntos Suspensivos Ediciones.
- Navarro, A. (2009). Las investigaciones con entrevistas cualitativas: carácter flexible y emergente de los diseños. En A. Meo y A. Navarro (eds.), *La voz de los otros. El uso de la entrevista etnográfica en la investigación social*. Buenos Aires: Omicron.
- Peralta, M. M.; Imhoff, D. S.; Domínguez, M. F. y Escudero Salama, A. (2022). Desigualdades de género en la accesibilidad a la salud integral en juventudes trans y no binarias de Córdoba, Argentina. *Psiencia*, 14(1), 65-89.
- Pinto, M. F. (2018). *Precarizaciones en salud: barreras de accesibilidad a los servicios de salud pública en la Ciudad de Córdoba desde la perspectiva de mujeres trans y travestis*. Beca de investigación del Colegio de Psicólogos. Córdoba.
- Platero, Raquel (Lucas) (2014). *Transexualidades: acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona: Bellaterra. [En *Barbarismo queer*].
- Preciado, B. (2008). La invención del género o el tecnocordero que devora a los lobos. Biopolítica del género. [Manuscrito]. Recuperado de <https://www.bibliotecafragmentada.org/la-invencion-del-genero/>
- Pombo, M. G. (2012). La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género. *Margen. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (66), s/p.
- Oliva, A. (2003). “Una aproximación a los recursos en la intervención del Trabajador Social” en Los recursos en la intervención profesional del Trabajo Social. Tandil: GIAS. PP. 38-64.
- Rossi, D.; Pawlowicz, M. P.; Singh, D. (2007). *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de salud*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- Rustoyburu, C. (junio de 2023). Infancias trans y acceso a la salud en la Argentina: controversias e incertidumbres en un escenario de ampliación de derechos. *Institut des Amériques, IdeAs*, (22), 1-15.
- Sautu, R. (2011). Acerca de qué es y no es investigación científica en ciencias sociales. En C. Wainerman y R. Sautu (comps.), *La trastienda de la investigación*. Buenos Aires: Editorial Manantial.
- Sciortino, S. (2018). Una etnografía sobre arreglos familiares, leonas y mujeres superpoderosas. Prácticas compartidas de cuidado entre las titulares del “Ellas hacen”. *Cuadernos de Antropología Social*, (48), 55-71.
- Spinelli, H. (2010). “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”, Rev. Salud Colectiva, vol. 6, Nro. 3, septiembre-diciembre 2010, Universidad Nacional de Lanús, Bs. As. Argentina.
- Testa, M. (1989). *Planificación estratégica y programación en salud*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. (Serie Desarrollo de Servicios de Salud, 25).

Vissicchio, F. (2023). Obstáculos identificados por las personas trans en la accesibilidad a los consultorios inclusivos en la Provincia de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*, 15(87). Recuperado de <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/800>

Fuentes documentales

Argentina. Ley N° 26743. Ley de Identidad de Género. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26743-197860/texto>

Argentina. Ley N° 27499. Ley Micaela de capacitación obligatoria en género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27499-318666/texto>

Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud, firmada en Nueva York el 22 de julio de 1946. Enmiendas a los artículos 24 y 25 adoptadas en la XII Asamblea, Ginebra, 28 de mayo de 1959.